

Mestrado em Enfermagem
Área de especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

O Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda
Intervenções Autónomas Especializadas de Enfermagem

Ana Rita dos Santos Antunes

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
Área de especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

O Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda
Intervenções Autónomas Especializadas de Enfermagem

Ana Rita dos Santos Antunes

Orientadora: Professora Teresa Leal

Lisboa
2018

“É bem mais difícil julgar a si mesmo que julgar os outros. Se consegues fazer um bom julgamento de ti, és um verdadeiro sábio”.

Antoine de Saint-Exupéry

ERRATA

Errata referente ao Relatório de Estágio “O Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda – Intervenções Autónomas de Enfermagem”, realizada por Ana Rita dos Santos Antunes.

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
15	11	Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)	Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)
16	2	A pessoa com SCA	A pessoa com Síndrome Coronária Aguda (SCA)
16	4	é considerada	considera-se
16	23	tem como objetivos	tem como objetivo
17	24	troponina	troponina I
18	8	que sofrem EAM	que sofrem um EAM
20	2	os	dos
21	30	das	as
25	14	denominado um serviço de urgência	denominado de serviço de urgência
28	8	social	sociocultural
28	19	adaptado	adaptada
30	3	não nos apercebendo	não nos apercebemos
30	27	promovendo o conforto do mesmo	promovendo o conforto da mesma
32	12	perfusão neurocirculatória	compromisso neurocirculatório
33	6	doentes que acompanhei	doentes com SCA que acompanhei
33	23	refere-se à	com
34	26	a mesmas equipas	as mesmas equipas
35	20	multidisciplinar	multiprofissional
36	19	por ex.	por exemplo
39	33	completos	complexos
43	8	da mobilização	na mobilização
49	22	enfermeiros especialista	enfermeiro especialista

AGRADECIMENTOS

À Professora Teresa Leal pela disponibilidade, orientação e exigência ao longo de todo o percurso.

Aos colegas de mestrado e de trabalho pelo companheirismo, partilha e vivências experienciadas.

Aos enfermeiros e doentes com quem me cruzei nos diversos contextos pelo enriquecimento das oportunidades de aprendizagem.

Aos meus amigos pelo companheirismo, incentivo e compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus pais, o meu pilar e a minha referência, que sempre me apoiaram nas minhas escolhas, compreenderam os muitos momentos de ausência e nunca me deixaram esmorecer nos momentos difíceis.

Ao meu irmão, Tiago, que foi grande parte da minha força durante este percurso pelo incentivo constante, apoio incondicional e disponibilidade para me ajudar sempre a desatar os nós que encontrei pelo caminho. Sem o ânimo dele certamente não chegaria até aqui.

À minha avó Natália, por me guiar. Tenho muitas saudades!

Ao Filipe, pela paciência e por ter sempre um abraço guardado para mim, especialmente nos dias mais difíceis.

A todos.... Muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUC – Serviço de Urgência Central

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UI – Unidades Internacionais

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVC – Via Verde Coronária

WHO – World Health Organization

RESUMO

A pessoa com SCA, por falência de funções vitais, risco iminente de vida e necessidade de cuidados de enfermagem contínuos e especializados, pois a sua sobrevivência depende deles, é considerada em situação crítica. O ser humano ao longo do ciclo vital experiencia várias situações de transição, sendo que, numa situação crítica de doença aguda, esse processo de transição será mais notório e poderá estar comprometido. O papel do enfermeiro será, entre outros, ajudar a pessoa a satisfazer o conforto nos vários contextos, auxiliando a ultrapassar a situação de transição vivenciada. Todos os cuidados dos enfermeiros são dirigidos para a promoção do conforto dos doentes, sendo a sua primeira e última consideração (Kolcaba, 2003). Assim o tema *O Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda – Intervenções Autónomas Especializadas de Enfermagem* torna-se pertinente no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica da ESEL. Findo o estágio em contexto de SUC e UCIC surge a necessidade da elaboração de um Relatório de Estágio, ancorado ao tema acima referido, que seja elucidativo do percurso de aquisição de competências ao longo do mesmo, tendo por referencial teórico a Teoria do Conforto de Kolcaba.

Confortar é uma competência do enfermeiro (Benner, 2011) e o primeiro passo para prestar cuidados confortadores é conhecer a pessoa alvo de cuidados. Desenvolver esta competência em contexto de urgência e de unidade de cuidados intensivos, demonstrou-se um desafio, não só pela celeridade que se impõe aos cuidados, como pela panóplia de tecnologia adjacente ao doente e família.

A família, como um elemento importante na prestação de cuidados e tomada de decisão deve ser integrada nos cuidados, recordando que necessita ser cuidada e confortada. O enfermeiro ao confortar o doente conforta também a família (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

Palavras chave: Conforto; Intervenções de enfermagem; Enfermagem de emergência; Enfermagem em cuidados intensivos; Síndrome Coronária Aguda.

ABSTRACT

The person with ACS, due to failure of vital functions, imminent risk of life and need for continuous and specialized nursing care because her survival depends on them, is considered in a critical situation. The human being throughout the life cycle experiences several situations of transition, and in a critical situation of acute illness, this transition process will be more notorious and may be compromised. The role of the nurse will be, among others, to help the person to satisfy the comfort in the various contexts, helping to overcome the situation of transition experienced. All nurses' care is directed towards the promotion of patient comfort, being their first and last consideration (Kolcaba, 2003). Thus, the theme The Comfort of the Person with Acute Coronary Syndrome - Specialized Autonomous Nursing Interventions becomes pertinent within the scope of the Master's Degree in Critical Care Nursing of ESEL. After completing the internship in the context of urgency and intensive care unit, there is a need to prepare an Internship Report, anchored to the above-mentioned topic, which is elucidative of the competency acquisition path along the same, having as theoretical reference the Kolcaba Comfort Theory.

Comfort is a nurse's competence (Benner, 2011) and the first step in providing comfort care is to know profoundly the person being cared for. Developing this competence in the context of EU and ICU has proved to be a challenge, not only because of the emergency of care, but also because of the range of technology adjacent to the patient and family.

The family, as an important element in the provision of care and decision making, must be integrated into care, as they need to be cared for and comforted. The nurse in comforting the patient also comforts the family (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

Keywords: Comfort; Nursing interventions; Emergency nursing; Intensive care nursing; Acute Coronary Syndrome.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. O CONFORTO DA PESSOA COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA	17
1.1 A pessoa em situação crítica com síndrome coronária aguda	17
1.2 O conforto segundo a teoria de Kolcaba	20
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM	25
2.1 Serviço de urgência central	25
2.1.1 O conforto da pessoa em situação crítica no serviço de urgência central	29
2.1.2 O conforto da pessoa em situação crítica com manifestações clínicas de síndrome coronária aguda no serviço de urgência central.....	31
2.1.3 Considerações finais	32
2.2 Unidade de cuidados intensivos coronários	33
2.2.1 O conforto da pessoa em situação crítica com síndrome coronária aguda na unidade de cuidados intensivos coronários.....	36
2.2.2 O conforto da família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos coronários	38
2.2.3 Considerações finais	40
3. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES	51
APÊNDICE I - Protocolo da revisão integrativa da literatura	53
APÊNDICE II - E-mail enviado para Katharine Kolcaba.....	65
ANEXOS	69
ANEXO I - General comfort questionnaire.....	71
ANEXO II - Certificado de frequência do curso “O conforto nos cuidados de saúde”	75
ANEXO III - Certificado de presença na “VII jornadas nacionais de enfermagem intensiva”	79
ANEXO IV - Diploma de participação na “1ª reunião de actualização cardiovascular”	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagnóstico diferencial de SCA.....	18
--	----

INTRODUÇÃO

Os estágios são momentos de aprendizagem que resultam da observação e interação junto da pessoa doente de quem cuidamos e sua família, mobilizando conhecimentos teóricos, científicos e técnicos para a prática de cuidados no contexto onde é realizado o estágio, propiciando a aquisição e desenvolvimento de competências (Alarcão e Rua, 2005). A análise reflexiva sobre a prática é um instrumento que auxilia o estudante/enfermeiro a adquirir e desenvolver essas competências, pois permite-lhe, de forma retrospectiva, pensar intimamente sobre a sua intervenção e *outcome* obtido e/ou esperado (Mendes, 2016), impulsionando-o a delinear estratégias de melhoria para uma situação semelhante futura.

Assim, findo o estágio em contexto de Serviço de Urgência Central (SUC) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sob o tema *O Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda – Intervenções Autónomas Especializadas de Enfermagem*, previamente delineado, surge a necessidade de elaborar um Relatório de Estágio. Este deverá ser um documento reflexivo acerca da prática de cuidados desenvolvida, suportado na evidência científica identificada através de pesquisa bibliográfica e das implicações para a prática resultantes de uma revisão integrativa da literatura (RIL) (Protocolo no Apêndice I) e na Teoria do Conforto de Kolcaba. As competências do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), assim como as competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica contemplam linhas orientadoras que, pela sua importância também foram tidas em consideração.

De acordo com o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado à enfermagem por Benner, o desenvolvimento de competências progride ao longo de cinco níveis (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), desde um estágio primário (iniciado) em que a prática é suportada em diretrizes teóricas e abstratas e no cumprimento de regras, até a um estágio superior (perito), em que o enfermeiro assume um envolvimento total nos cuidados, relacionando, intuitivamente, o conhecimento teórico com a sua experiência de vida (Benner, 2001). O enfermeiro, para dar resposta às carências emergentes da Pessoa em Situação Crítica (PSC) de quem cuida, com a rapidez e eficiência que a situação exige, deverá procurar continuamente conhecimentos específicos atualizados e baseados na evidência científica, que, juntamente com a prática do seu exercício, lhe permitam adquirir e

desenvolver competências.

A pessoa com SCA, por falência de funções vitais, risco iminente de vida e necessidade de cuidados de enfermagem contínuos e especializados, pois a sua sobrevivência depende deles, é considerada em situação crítica, uma vez que a sua “vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010b).

As doenças cardiovasculares, em especial as isquémicas do coração, como a SCA, são as que mais contribuem para o aumento das taxas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo. Além de ampliarem os custos na saúde, provocam alterações na vida daqueles que delas sofrem e suas famílias. O ser humano ao longo do ciclo vital experiencia várias situações de transição, sendo que, numa situação crítica de doença aguda, esse processo de transição será mais notório e poderá estar comprometido. O papel do enfermeiro será, entre outros, ajudar a pessoa a satisfazer o conforto nos vários contextos, auxiliando a ultrapassar a situação de transição vivenciada.

A escolha deste tema de Relatório de Estágio prendeu-se com a minha experiência profissional com doentes com SCA e com a minha preocupação relativamente à promoção e satisfação do conforto destes após ter constado que manifestavam desconforto em vários contextos, assim como os efeitos nocivos do desconforto na sua qualidade de vida, pelo que o meu intuito ao trabalhar este tema é contribuir para o conforto da pessoa com SCA nas suas diversas dimensões.

A elaboração deste Relatório de Estágio tem como objetivos refletir sobre o percurso realizado nos estágios, cujo objetivo geral foi desenvolver competências, como enfermeira com conhecimento especializado, na prestação de cuidados à pessoa com SCA em situação crítica e sua família, em contexto de SU e UCI, visando a promoção do conforto.

Este documento encontra-se estruturalmente organizado em dois grandes capítulos. No primeiro é realizado um enquadramento teórico sobre o tema, resultado de pesquisa bibliográfica e da RIL, suportado na Teoria do Conforto de Kolcaba e no segundo são abordadas as atividades realizadas em cada contexto, com o intuito de atingir os objetivos propostos. As conclusões darão ênfase aos principais resultados obtidos, face aos objetivos traçados, elencarão as principais limitações e terminarão com as implicações para a prática e para a investigação resultantes deste trabalho.

1. O CONFORTO DA PESSOA COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA

“A key approach to providing for physical and emotional comfort is to create an environment conducive to healing – a major principle of nursing”

(Krinsky, Murillo e Johnson, 2014).

1.1 A pessoa em situação crítica com síndrome coronária aguda

As doenças do aparelho circulatório são as que mais contribuem para a mortalidade e morbilidade da população portuguesa e mundial. Em Portugal estas doenças estão no topo das patologias que mais contribuem para o aumento das taxas de morbilidade, mortalidade (30%) e mortalidade prematura (óbito antes dos 70 anos – 16%) (DGS, 2015a). Apesar do seu decréscimo nos últimos anos, mantêm profundo impacto na sociedade, limitando a qualidade de vida daqueles que delas sofrem e aumentam os custos na saúde (WHO, 2007; DGS, 2012).

Das doenças do aparelho circulatório destacam-se as doenças isquémicas do coração e destas, a SCA, com especial enfoque no Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) pelas suas características de rápida evolução, tendo uma responsabilidade maior por arritmias, levando à morte súbita. A SCA caracteriza-se pela rotura ou desgaste de uma placa aterosclerótica que ao entrar na circulação sanguínea e alojar-se nas artérias coronárias, causa a sua isquemia (Nikolaou *et al.*, 2015). A SCA pode demonstrar-se de três formas (EAM com elevação do segmento ST, EAM sem elevação do segmento ST e angina de peito instável) e o seu diagnóstico é realizado com base nas manifestações clínicas (precordialgia, polipneia, dispneia e sudorese; contudo pode manifestar-se de modo atípico, principalmente em doente idosos, diabéticos e do sexo feminino), eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e biomarcadores cardíacos, como seja a troponina, o marcador de necrose das células do miocárdio mais específico e com maior sensibilidade (Nikolaou *et al.*, 2015). A troponina deverá ser avaliada o mais cedo possível, preferencialmente até 2 horas após a ocorrência dos sintomas e ser repetida a sua avaliação 6 horas após, assim como o ECG (Nikolaou *et al.*, 2015).

No EAM com elevação do segmento ST pode observar-se elevação do segmento ST no ECG de 12 derivações e troponinas cardíacas positivas, tendo o doente, se não houver contra-indicação, indicação para tratamento de reperfusão (Nikolaou *et al.*, 2015). Quando não se verifica elevação do segmento ST (o ECG pode ser normal ou

demonstrar outras alterações), o diagnóstico diferencial é realizado com base nos biomarcadores cardíacos, sendo que a troponina cardíaca positiva sem elevação do segmento ST denomina-se por EAM sem elevação do segmento ST e a troponina cardíaca negativa sem elevação do segmento ST denomina-se por angina de peito instável (Nikolaou *et al.*, 2015), tal como demonstrado na figura 1.

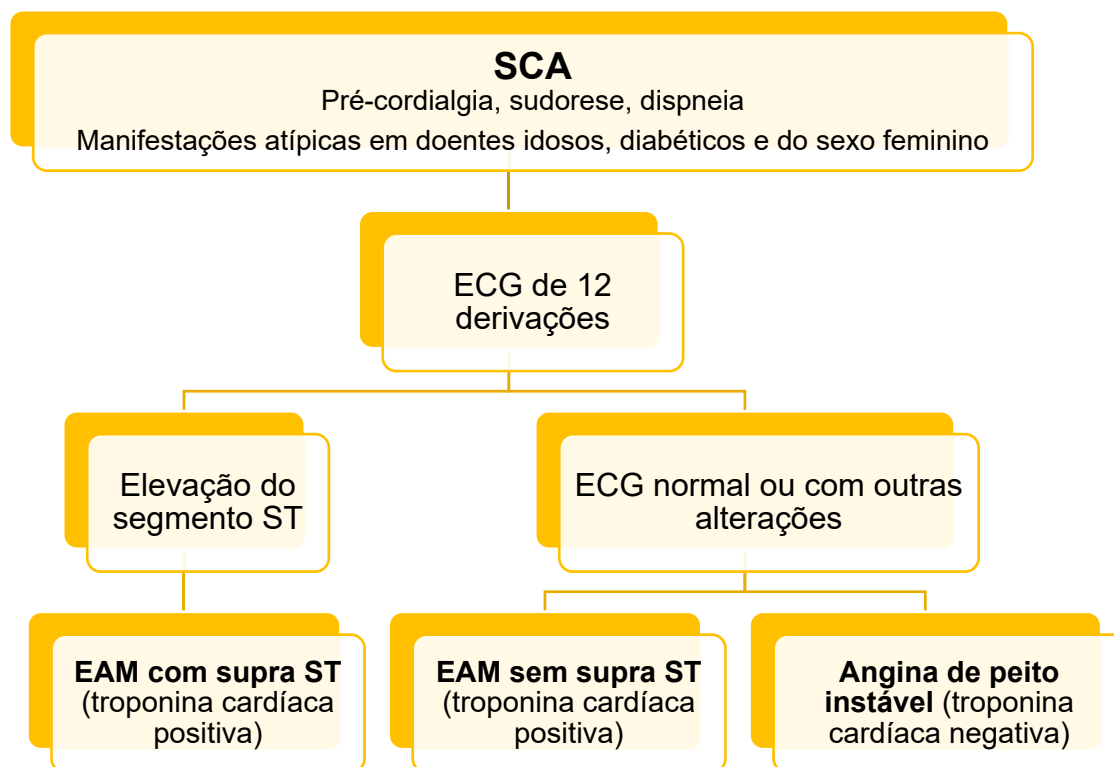


Figura 1 - Diagnóstico diferencial de SCA

De acordo com a DGS (2015b), em 2013 o número de óbitos por EAM em Portugal continental foi de 4 292, correspondendo a uma taxa de 22,2% por 100 000 habitantes. De acordo com literatura internacional, dois terços dos europeus que sofrem EAM morrem antes de chegar ao hospital (Nikolaou *et al.*, 2015) e esse valor aumenta para cerca de metade durante a primeira hora após a sua ocorrência, se considerarmos a população portuguesa (DGS, 2006). Com o intuito de contrariar esta realidade, foram desenvolvidos protocolos de atuação rápida sob coordenação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), surgindo a Via Verde Coronária (VVC). O objetivo desta prende-se com a melhoria no acesso atempado ao tratamento de reperfusão adequado. O período de tempo decorrido entre os primeiros sintomas e o início do tratamento é inversamente proporcional à taxa de sobrevivência após um episódio isquémico cardíaco (Nikolaou *et al.*, 2015). Entre a angioplastia primária e a terapêutica fibrinolítica, o método de reperfusão de eleição é o primeiro (Marques *et*

al., 2012; Nikolaou *et al.*, 2015); a terapêutica fibrinolítica está associada à maior ocorrência de um evento hemorrágico como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico (Marques *et al.*, 2012). De acordo com as *Guidelines* do *European Resuscitation Council* (2015), na impossibilidade da realização de angioplastia primária por inaptidão da unidade hospitalar, a pessoa vítima de EAM deverá ser transportada, o mais breve possível, para uma unidade hospitalar que disponha de meios para a sua realização, desde que esta se encontre, no máximo, a 120 minutos de distância (preferencialmente entre 60 a 90 minutos desde os primeiros sintomas). Caso não seja possível o doente ser transferido de imediato; este deverá ser submetido a fibrinólise e transferido para uma unidade hospitalar com capacidade para realização de angioplastia primária no período de 3 a 24 horas após a fibrinólise, não existindo evidência de benefício da realização desta no período anterior a 3 horas, após a administração de terapêutica fibrinolítica (Nikolaou *et al.*, 2015).

Independentemente da abordagem de reperfusão selecionada, deverá ser administrado precocemente à PSC terapêutica que alivie os sintomas, como nitratos (nitroglicerina sublingual, dinitrato de isossorbido endovenoso) que dilatam as artérias coronárias e aumentam o fluxo de sangue nas mesmas, melhorando a circulação nas regiões isquémicas circundantes e reduzindo o consumo de oxigénio pelo miocárdio; analgesia com opiáceos (morfina por via endovenosa) que altera a perceção do estímulo da dor, diminuindo a intensidade da mesma, e oxigénio (somente se o doente apresentar dispneia ou sinais de hipoxia e se saturações periféricas de oxigénio inferiores a 94%), assim como terapêutica que trate a causa – antiagregantes plaquetários (ácido acetilsalicílico, ticagrelor e clopidogrel), sendo que esta deverá ser administrada numa “dose de carga” (250 mg de ácido acetilsalicílico, 180 mg de ticagrelor e 300 mg de clopidogrel) (Nikolaou *et al.*, 2015). De acordo com a Norma nº14/2011, de 11 de julho de 2011, atualizada a 8 de julho de 2013, da Direção-Geral da Saúde (DGS), a anti-agregação deverá ser dupla (ácido acetilsalicílico associado a ticagrelor ou ácido acetilsalicílico associado a clopidogrel), por haver evidência científica de que a sua combinação é mais eficaz do que a administração do ácido acetilsalicílico de forma isolada. A escolha do antiagregante plaquetário a administrar conjuntamente com o ácido acetilsalicílico fica ao critério do médico, mas de acordo com Wallentim *et al.* (2009) o ticagrelor, comparativamente ao clopidogrel, tem uma ação mais rápida e uma taxa de mortalidade e co-morbilidade menores.

O objetivo da implementação destas medidas é contribuir para a melhoria do

prognóstico da PSC e diminuição as complicações associadas (mortalidade e morbidade), assim como diminuição os custos diretos (medicação, exames complementares de diagnóstico) e indiretos (diminuição da produtividade laboral, aumento do grau de dependência com necessidade de intervenção social) e aumento dos ganhos em saúde (redução de eventos cardíacos isquémicos, diminuição da mortalidade prematura, redução do tempo de internamento).

1.2 O conforto segundo a teoria de Kolcaba

O enfermeiro tem um lugar privilegiado dentro da equipa multidisciplinar, pela relação de proximidade em que desenvolve as suas intervenções de cuidados, junto da pessoa doente e família, sendo que do ponto de vista disciplinar, o cuidado é objeto do saber da enfermagem, influencia a teoria, a investigação, a prática e o ensino (Queirós *et al.*, 2016). É fundamental para distinguir a enfermagem de outras disciplinas da saúde (Medina, 1999), descrito por Leininger (1988) como a essência da enfermagem e como característica central, dominante e unificadora. Cuidar em enfermagem é tornar profissionalizante e científico um instinto humano de proteção, transmitido culturalmente (Medina, 1999), fazendo da enfermagem uma ciência humana com diretrizes práticas (Meleis, 2012).

Uma pessoa doente em situação crítica, nomeadamente com SCA, experiencia uma situação de transição que lhe provoca alterações, sejam elas físicas, psíquicas, espirituais, familiares, profissionais, entre outras, que podem ser potenciadoras de desconforto. Embora não exista uma definição comum do conceito de conforto (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba 1991), pela sua multidimensionalidade e complexidade, dado que cada pessoa é única e influenciável pela sua vivência e experiência (Mussi, Friedlander, & Neves-Arruda, 1996; Ponte, Silva, Aragão, Guedes, & Zagonel, 2014), o termo conforto é frequentemente utilizado pelos enfermeiros na sua prática de cuidados e está vinculado à enfermagem desde os seus primórdios (Apóstolo, 2009). Assim demonstra Florence Nightingale em *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é* (ed. 2005), ao expressar a sua preocupação com o conforto ao referir que

o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia (Nightingale, ed.2005, p.132).

Embora a satisfação do conforto não dependa apenas das intervenções dos enfermeiros (Mussi *et al.*, 1996; Ponte, *et al.*, 2014), existem intervenções autônomas de enfermagem que podem contribuir para a satisfação do conforto da pessoa de quem cuidamos, podendo este ser ponderado como o último estado de saúde e o *outcome* dos cuidados de enfermagem pretendido (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2009), transversal a várias teorias de enfermagem, como sejam a teoria Humana do Cuidar de Watson, dos Cuidados Transculturais de Leininger e a teoria do Conforto de Kolcaba (Apóstolo, 2009). De acordo com Apóstolo (2009) a teoria Humana do Cuidar de Watson assenta em dez pilares do cuidar e o enfermeiro intervém enquanto suporte da pessoa que procura o significado da sua existência, avaliando a sua falta de harmonia com o meio e promovendo a sua autonomia relativamente à sua situação de saúde/doença, tendo por base uma orientação fenomenológica existencial e espiritual na procura da harmonia entre mente, corpo e espírito. Para Leininger, de acordo com o mesmo autor, o conforto da pessoa e família deve ser avaliado no seu contexto cultural, tendo em conta o significado por eles atribuído, de modo a que a intervenção do enfermeiro seja adequada e os seus cuidados holísticos. Kolcaba considerou que o conforto é um estado em que o doente se encontra, após as intervenções de enfermagem para aliviar a causa de desconforto (Apóstolo, 2009) e da sua preocupação com o tema elaborou uma teoria de médio alcance.

Kolcaba (2003) refere-se ao conforto como uma experiência holística, imediata, após a satisfação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, sensível às mudanças próprias do ciclo vital. De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 1991; 1992; 2003; Apóstolo, 2009), o conforto manifesta-se sob a forma de três tipos:

- Alívio – satisfação de uma necessidade imediata, necessário para o funcionamento habitual;
- Tranquilidade – sentimento de serenidade e satisfação, necessário para um desempenho eficaz;
- Transcendência – estado em que a pessoa sente que tem capacidade para superar das adversidades.

E é experimentado em quatro contextos:

- Físico – sensação corporal;
- Psico-espiritual – consciência de si próprio, incluindo auto-estima,

sexualidade, e pode envolver relação com uma entidade ou ordem superior;

- Sociocultural – relações familiares, interpessoais, sociais;
- Ambiental – relação com o meio, externo a si (luz, ruído, temperatura, cor).

Kolcaba, por acreditar que o conforto pode ser medido, apesar de difícil quantificação, operacionalizou um instrumento de medida, suportado numa estrutura taxonómica (3 tipos de conforto em 4 contextos), que pudesse ser utilizado na prática diária de cuidados baseado no autorrelato e na observação, dando origem ao genérico *General Comfort Questionnaire* (Kolcaba, 1992) (Anexo I).

Todos os cuidados dos enfermeiros são dirigidos para a promoção do conforto dos doentes aos mais variáveis níveis, sendo este a primeira e última consideração dos mesmos (Kolcaba, 2003), capacitados a detetar precocemente a causa de desconforto antes desta afetar o doente (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1992). Confortar é uma competência do enfermeiro (Benner, 2001) e a sua capacidade de aumentar o conforto de um doente traduz-se em melhores *outcomes* para o mesmo (Kolcaba, 2003), pelo que o conforto enquanto causa, deverá gerar conforto enquanto efeito (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Auxiliar o doente a ir até à casa-de-banho, disponibilizar-lhe informação acerca de uma intervenção terapêutica, ter o seu quarto com os seus pertences e a luz do mesmo ajustada, aliviar a dor (Kolcaba, 1994; 1995) são algumas das intervenções que a autora propõe para promoção e satisfação do conforto da pessoa alvo de cuidados, assim como a utilização de técnica de relaxamento (Kolcaba, 1994) e a massagem (Kolcaba, Dowd, Steiner & Mitzel, 2004). Esta última, que promove o toque terapêutico, demonstrou diminuição da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória assim como da dor, stress e ansiedade (Kolcaba *et al.*, 2004).

Krinsky, Murillo e Johnson (2014) demonstraram que a Teoria do Conforto de Kolcaba pode ser aplicada à pessoa com doença cardíaca, mais especificamente à pessoa com SCA. Verificaram, através de estudos de caso, que a realização de um período de silêncio contribui para a promoção de um ambiente de recuperação, por promover o sono e descanso e a diminuição da ansiedade, que por sua vez contribuem para a diminuição da pressão arterial, diminuição da sobrecarga cardíaca e diminuição da dor torácica associada à SCA (Krinsky, Murillo e Johnson, 2014).

A satisfação e promoção do conforto na pessoa com SCA contribui para a diminuição de eventos cardíacos (Krinsky *et al.*, 2014), diminuição de alterações da

frequência cardíaca e da condução auriculoventricular (Toth, 1980) e diminuição da ansiedade (Toth, 1980; Kolcaba *et al.*, 2004; Weeks & Nilsson, 2011; Krinsky *et al.*, 2014; Demircelik *et al.*, 2016).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

“A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

(Benner, 2001, p. 14)

2.1 Serviço de urgência central

As características estruturais e organizacionais, a diferenciação da equipa multidisciplinar em permanência e a panóplia de situações que levam os utentes a recorrer ao SUC, torna-o um serviço particular e amplo em experiências. Este faz parte do Sistema Integrado de Emergência Médica, que engloba a assistência a nível do pré e intra-hospitalar de urgência, correspondendo ao nível mais diferenciado de resposta perante situações de urgência e emergência. Aquele em que estagiei é denominado um serviço de urgência polivalente e centro de trauma por dispor continuamente de equipas especializadas em diversas valências médico-cirúrgicas, como seja cardiologia de intervenção, neurocirurgia, cirurgia vascular e maxilo-facial e, ainda, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, como imagiologia com angiografia e patologia clínica (Despacho nº10319/2014, de 11 de agosto). Este serviço dispõe de recursos humanos, materiais e físicos aptos a dar resposta às Vias Verde (Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária, Sépsis e Trauma) e acoplado a ele funciona a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), com uma equipa que dá assistência no pré-hospitalar, ativada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM (Despacho nº10319/2014, de 11 de agosto).

O estágio no SUC decorreu no período entre 3 de outubro e 18 de novembro de 2016. Delineei como objetivo geral de estágio para este contexto *“Desenvolver competências, como enfermeira com conhecimento especializado na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente com SCA e sua família, em contexto de SU, visando a promoção do conforto”*. De modo a responder a este objetivo major, delineei cinco objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o Serviço de Urgência;
- 2) Identificar necessidades de conforto na pessoa em situação crítica, nomeadamente com SCA, no SU;

- 3) Desenvolver intervenções autónomas de enfermagem na promoção e satisfação do conforto da pessoa em situação crítica, nomeadamente com SCA, baseadas na evidência, no SU;
- 4) Desenvolver cuidados globais como enfermeira com conhecimento especializado, centrados no conforto da pessoa em situação crítica, nomeadamente com SCA e sua família, no SU;
- 5) Sensibilizar a equipa multidisciplinar do SU para as intervenções de conforto junto da pessoa em situação crítica, nomeadamente com SCA.

A equipa de Enfermagem do SUC é constituída por 92 enfermeiros, distribuídos por quatro equipas, em turnos rotativos, uma equipa com horário fixo e dois elementos com funções de gestão. A equipa de Assistentes Operacionais é constituída por 80 elementos que funcionam em turnos rotativos. Estão em permanência em Sala de Observação (SO) duas equipas médicas, uma de cirurgia geral e outra de medicina interna que dão apoio às Salas de Reanimação e SO. Desempenham funções em permanência no SUC profissionais de outras categorias, como técnicos de eletrocardiograma, análises e imagiologia, seguranças, polícias e equipa de limpeza.

A distribuição da equipa de enfermagem por turno é da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa, que distribui os seus elementos pelos seguintes postos: Triagem, Salas de reanimação, SO, Balcão de Azuis e Verdes, Balcão de Amarelos, Balcão de Laranjas, Salas de tratamentos (junto a cada balcão), Pequena cirurgia, Psiquiatria e Oftalmologia/Otorrinolaringologia.

A triagem utilizada é a de Manchester, em que o enfermeiro atribui uma prioridade ao utente tendo em conta as suas queixas, assinalada por uma cor. De acordo com o Grupo Português de Triagem a cor vermelha é o nível mais alto de prioridade, significa que a sua prioridade é emergente e que necessita de um atendimento imediato; a cor laranja significa uma prioridade muito urgente, necessita de atendimento rápido, no espaço de 10 minutos; a cor amarela significa uma prioridade urgente e a pessoa deverá ser atendida até 60 minutos após a triagem; a cor verde e azul significam prioridades pouco urgente e não urgente, respetivamente, e poderão ser encaminhados para outros serviços de saúde ou serem atendidos no máximo entre 120 e 240 minutos, respetivamente.

Durante o período de estágio tive oportunidade de observar e colaborar nos

cuidados prestados à PSC, e família quando possível, nas salas de reanimação, SO, balcão de laranjas e respetiva sala de tratamentos, em colaboração com a equipa multidisciplinar, estreitamente com a de enfermagem. Irei direccionar a minha apreciação e reflexão para a minha participação nesses postos, dirigida à promoção e satisfação do conforto da PSC e sua família, dando especial enfoque à PSC com manifestações clínicas de SCA.

Existem duas salas de reanimação, cada uma à responsabilidade de um enfermeiro, com capacidade teórica para três doentes, mas em caso de necessidade é possível adaptá-las para receber um maior número. Nestas salas são atendidos doentes provenientes diretamente do exterior, acompanhados por uma equipa de Suporte Imediato de Vida, VMER ou da triagem, e que tenham critérios de atendimento imediato e emergente de acordo com a Triagem de Manchester. Quando os doentes entram diretamente para estas salas, a triagem é realizada na sala de reanimação.

Estas salas estão equipadas com três ventiladores portáteis, que simplificam o transporte inter e intra-hospitalar da PSC com necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. A minha experiência neste contexto de estágio foi de transporte intra-hospitalar, que irei abordar posteriormente. Uma das salas está mais direccionada para doentes com patologia médica e a outra para vítimas de trauma, equipada com aparelho de radiografia que permite a realização imediata de raio-x, reduzindo a taxa de complicações inerentes ao transporte da PSC (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008) essencialmente em momentos de instabilidade.

Nesta área de intervenção pude observar e participar na prestação de cuidados à PSC com politraumatismo, traumatismo de crânio, com critérios de Via Verde AVC e também SCA, às quais irei realizar uma abordagem nos subcapítulos seguintes.

O balcão de laranjas e a respetiva sala de tratamentos são os postos mais próximos das salas de reanimação, de que fica responsável um enfermeiro. Este enfermeiro dá apoio às salas de reanimação e triagem quando existe uma grande afluência de doentes ao SUC. Neste balcão são atendidos todos os doentes que sejam triados com pulseira laranja. Pude colaborar na prestação de cuidados através da realização de várias técnicas de enfermagem mas também na observação e avaliação de uma forma global e metódica, por forma a “prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo

útil” (OE, 2010b) na PSC com patologia médica e/ou cirúrgica, mas também de doentes vítimas de monotrauma, que habitualmente são encaminhados para esta sala de tratamentos, mantendo as mesmas linhas orientadoras de atuação que serão abordadas no próximo subcapítulo.

Este foi o sector que me permitiu ter maior contacto com familiares e oportunidade de perceber quais as suas necessidades de conforto. Identifiquei através da observação e interação com os mesmos, carências de conforto a nível ambiental e social, pelo facto de sentirem que as suas necessidades de informação acerca do estado clínico do seu familiar não se encontravam satisfeitas, do tempo de espera até à observação médica, das condições físicas disponibilizadas (familiar em maca, proximidade e falta de privacidade entre doentes), carências essas demonstradas através de manifestações verbais e não verbais (expressão do rosto, movimentos corporais, entoação verbal) as quais tentei colmatar, nomeadamente, sensibilizando a equipa multidisciplinar para tal (com todas as condicionantes próprias do funcionamento de um SUC), disponibilizando informação pertinente e possível acerca do estado clínico do doente, estando presente e demonstrando disponibilidade para os escutar, quando as condições do serviço permitissem.

A SO situa-se após o balcão de laranjas e tem capacidade teórica para 16 doentes, em cama, mas poderá ser adaptado para receber mais doentes que ficam em maca, no mesmo espaço físico, até haver cama disponível ou serem transferidos para um internamento. Está estruturada em *open space*, o que permite a observação mais acessível de todos os doentes. Este posto é partilhado por seis enfermeiros: um com função de chefe de SO, que organiza as transferências de doentes para internamento e/ou exames, recebe os familiares na hora da visita e encaminha-os até aos doentes e solicita atendimento médico por parte dos familiares; quatro enfermeiros que ficam responsáveis pelos doentes internados em cama e um enfermeiro que fica responsável pelos doentes internados em maca e pelo transporte intra e inter-hospitalar. Assim como nos sectores do SUC previamente referidos, neste tive também a possibilidade de observar e participar ativamente em colaboração com a equipa de enfermagem e de identificar um fator causador de desconforto, que julgo ser comum a todas as PSC e profissionais de saúde: o ruído, o qual teve especial atenção de minha parte, pelo que senti necessidade de realizar um jornal de aprendizagem acerca do mesmo, tema a que darei destaque no próximo subcapítulo.

2.1.1 O conforto da pessoa em situação crítica no serviço de urgência central

Pela minha experiência nas salas de reanimação do SUC compreendi a importância de haver equipas acreditadas e treinadas na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, pois esta carece de avaliação e abordagem rápidas, concisas e organizadas (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012). A avaliação que fiz, juntamente com os elementos da equipa de enfermagem, e que orientou a nossa abordagem e intervenção foi guiada pela linha de pensamento da *Advanced Trauma Life Support*, a mnemónica ABCDE, tratando primeiro a maior ameaça à vida, repetindo frequentemente a avaliação primária, mesmo após a estabilização da PSC, pelo risco elevado de alteração do seu estado clínico (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012). Verifiquei que a PSC vítima de trauma foca o seu desconforto maioritariamente a nível físico, associado à dor, essencialmente provocada pelas lesões, mas também pelo colar cervical e plano duro e a satisfação do seu conforto passa pelo alívio da dor. A comunicação, intervenção autónoma de enfermagem (informação sobre os exames a serem realizados, os procedimentos a que vai ser sujeito, a proximidade com que se aborda a PSC, o toque), é uma medida fomentadora de conforto e complementa a intervenção interdependente - administração de analgesia.

Tal como no trauma, a PSC com critérios de ativação de Via Verde AVC necessita de uma avaliação e intervenção rápidas. As Vias Verde, nomeadamente a Via Verde AVC, foi criada com o intuito de realizar um diagnóstico preciso e atempado para um tratamento apropriado (Moutinho, Magalhães, Correia & Silva, 2013) com a intenção de diminuir as taxas de mortalidade e morbilidade provocadas pelas doenças cardiovasculares como seja o AVC. Na sala de reanimação, a intervenção tem de ser célere, pois pretende-se que o tratamento adequado seja instituído o mais rapidamente possível e que a pessoa seja transferida para uma unidade com o nível de cuidados diferenciados de que necessita. Percebi, durante a minha colaboração na prestação de cuidados, que a PSC com critérios de ativação de Via Verde AVC, demonstrava, maioritariamente o seu desconforto através da comunicação não verbal, pela expressão do olhar, da expressão facial. O posicionamento corporal, com especial enfoque no hemicorpo negligenciado em resultado do AVC, e a comunicação demonstraram-se duas intervenções autónomas de enfermagem exequíveis e úteis naquele contexto de cuidados.

Na SO deparei-me com PSC por várias etiologias e com diferentes necessidades de cuidados, mas com uma causa de desconforto comum a todas: o ruído. Na nossa prática diária, embrenhados nas rotinas, muitas vezes não nos apercebendo da quantidade de ruído que produzimos e das consequências prejudiciais que este tem para nós e para aqueles de quem cuidamos. A PSC internada em SO pode estar exposta a esse ambiente por longos períodos de tempo, que variam desde horas a dias. A exposição ao ruído é geradora de stress e, em conjunto com outros fatores ambientais, como sejam luminosidade constante e artificial, presença de odores desagradáveis e estar rodeado de aparelhos desconhecidos, contribuem para o aumento da ansiedade, da perceção dolorosa, das frequências cardíaca e respiratória, alterações da pressão arterial e padrão intestinal, irritabilidade e diminuição do sono (Heidemann *et al*, 2011). O ruído é também responsável pelo aumento do consumo de oxigénio pelo músculo cardíaco, por alterações da condução auriculoventricular (Toth, 1980) e pela debilitação do sistema imunitário (Krinsky *et al.*, 2014).

Com o intuito de diminuir os efeitos prejudiciais do ruído e de promover o conforto da PSC, as intervenções do enfermeiro com conhecimento especializado deverão ser baseadas na evidência científica, como sejam: ajustar o som dos alarmes dos monitores, das seringas infusoras, do telefone; falar num tom baixo e limitar as conversas, especialmente as desnecessárias, junto ao doente (Krinsky *et al.*, 2014), evitar procedimentos não emergentes/urgentes durante o período noturno; minimizar a produção de ruído não só no período noturno mas também durante o período diurno (Heidemann *et al*, 2011), promoção de musicoterapia, se as condições do serviço permitirem e se for do agrado do doente, de forma individualizada para não incomodar os restantes. De acordo com Weeks e Nilsson (2011), a musicoterapia diminui a ansiedade e aumenta a sensação de bem-estar. Sendo uma intervenção autónoma de enfermagem demonstra que os enfermeiros são capazes de influenciar o ambiente em que se insere a PSC, promovendo o conforto do mesmo e a autonomia da profissão.

Esta experiência, juntamente com a frequência do curso “O Conforto nos Cuidados de Saúde” (Anexo II) tornou-me mais desperta e sensível para a problemática do ruído e o seu prejuízo.

2.1.2 O conforto da pessoa em situação crítica com manifestações clínicas de síndrome coronária aguda no serviço de urgência central

No período de estágio no SUC tive oportunidade de observar e colaborar na prestação de cuidados à PSC com manifestações clínicas de SCA, nas salas de reanimação e no balcão laranja.

Em duas situações foi efetuado contacto prévio, informando o SUC da chegada de doentes com manifestações clínicas de SCA. Foi antecipada a ativação da Via Verde Coronária (VVC) com o intuito de melhorar o acesso atempado ao tratamento de reperfusão adequado, existindo evidência de que o período de tempo decorrido entre os primeiros sintomas e o início do tratamento é inversamente proporcional à taxa de sobrevivência após um episódio isquémico cardíaco (Nikolaou et al., 2015).

Chegaram ao SUC acompanhados pela VMER, sem familiares, e foram encaminhados diretamente para a sala de reanimação onde foram triados. Observei e colaborei na avaliação e prestação de cuidados em parceria com a equipa de enfermagem, atuando em conformidade com o protocolo existente na instituição (monitorização e avaliação de parâmetros vitais, punção de acesso venoso periférico e colheita de sangue para bioquímica, hemograma e coagulação, administração de terapêutica: 250 mg de ácido acetilsalicílico, 180 mg de ticagrelor, morfina e oxigenoterapia, por saturações periféricas de oxigénio inferiores a 94%), assim como com a equipa multidisciplinar na realização de ECG e ecocardiograma.

Após observação pela equipa médica de cardiologia, na sala de reanimação, ambos ficaram com indicação clínica para realização de coronariografia por alterações de ECG e elevação de biomarcadores cardíacos, pelo que lhes foram administradas 5000 UI de heparina.

Tive oportunidade de, em colaboração com o enfermeiro responsável, participar na transferência destes doentes para o serviço de hemodinâmica. Ambos estavam hemodinamicamente instáveis, pelo que foi avaliado primeiramente se estavam reunidas as condições de segurança para a transferência, porque o “período de transporte pode traduzir-se numa grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.13).

Tive oportunidade de acompanhar um dos doentes durante a coronariografia com angioplastia e de o acompanhar no recobro, onde é realizada a hemostase, o que me

permitiu assistir aos cuidados no pré, intra e pós-procedimento à PSC submetida a coronariografia. Esta experiência foi uma mais-valia no meu percurso de desenvolvimento de competências pois pude contactar com o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro no serviço de hemodinâmica, mais especificamente na sala de hemodinâmica e no recobro, através da observação das intervenções de enfermagem, nomeadamente as de satisfação do conforto da PSC, como sejam explicar o procedimento antes e durante a ocorrência do mesmo, explicar o que poderia sentir de acordo com a etapa do procedimento (por exemplo, sensação de calor generalizada aquando da administração do contraste endovenoso), explicar os cuidados pós coronariografia; no recobro aplicar penso compressivo no local de abordagem e aliviar a compressão de acordo com a tolerância do doente, avaliando os sinais de perfusão neurocirculatória. Esta experiência contribuiu também para a aquisição de conhecimentos técnicos acerca da coronariografia e angioplastia.

Durante a observação e participação nos cuidados à PSC com sinais clínicos de SCA, apesar da celeridade que se impunha aos mesmos, consegui identificar necessidades de conforto essencialmente nos contextos físico (precordialgia, dor provocada pela coronariografia) e sociocultural (preocupação com a família e emprego, expectativas relativamente ao futuro). Apesar de serem apenas dois doentes, pude identificar e compreender, na prática, alguns fatores potenciadores de desconforto. Quando questionados “sente-se confortável de momento?”, “de que modo poderei ajudá-lo a sentir-se confortável?”, mencionaram sentir medo e ansiedade relativamente à realização da coronariografia pelo desconhecimento do procedimento e por receio do mesmo provocar dor. Um deles mencionou ainda sentir receio relativamente ao seu futuro e da sua família, por ter dois filhos menores e a esposa com uma neoplasia, sendo ele o cuidador, tendo a minha intervenção passado por estar presente e mostrar disponibilidade para o escutar.

2.1.3 Considerações finais

Confortar é uma competência do enfermeiro (Benner, 2011) e desenvolvê-la no SUC demonstrou-se um desafio. O primeiro passo para prestar cuidados confortadores é conhecer a pessoa a quem prestamos cuidados, pela individualidade e subjetividade do conceito de conforto e por este ser influenciado pelas experiências do próprio.

A PSC tende a permanecer no SUC um curto período de tempo, desde a sua admissão até a sua transferência para uma unidade de internamento com cuidados diferenciados adequados à sua situação clínica. Essa característica própria do SUC torna-se dificultadora da promoção e satisfação do conforto pela carência de conhecimento sobre a pessoa alvo de cuidados. Essa dificuldade poderá ser minorada pela presença da família, o que não aconteceu com os doentes que acompanhei, que também sendo alvo dos nossos cuidados, é nossa aliada nas intervenções promotoras de conforto, por ser quem melhor conhece o doente.

Os cuidados que prestei à PSC e sua família, com a complexidade acima referida, foram baseados na Teoria de Conforto de Kolcaba, mas sinto que também foram influenciados pelo meu conceito de conforto e nas minhas experiências pessoais. Pude intervir na dimensão imediata de satisfação do conforto, de difícil validação e verificação da sua tradução em melhores *outcomes* para o doente (Kolcaba, 2003) pela celeridade que se impunha aos cuidados e por o SUC ser um serviço de rápida passagem e transferência que dificulta o acompanhamento continuado da PSC.

2.2 Unidade de cuidados intensivos coronários

A medicina intensiva é uma área multidisciplinar e altamente diferenciada, em desenvolvimento crescente, que tem como objetivo o restabelecimento das funções vitais da PSC e a sua recuperação, sob permanente monitorização, praticada em diversas áreas de cuidados como sejam SU, bloco operatório, recobro e UCI. Estas últimas foram classificadas em três níveis pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, sendo que Nível I presume uma monitorização não invasiva com equipas aptas a realizar manobras de reanimação; Nível II (intermédios) refere-se à capacidade de monitorização invasiva e suporte hemodinâmico, com médico presente em permanência; Nível III (intensivos), presente nos hospitais com SU Polivalente, é dotada das características de UCI Nível II com acréscimo de médico intensivista presente em permanência e possibilidade permanente de acesso a meios de diagnóstico e terapêutica (DGS, 2003). A frequência das “VII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva” (Anexo III) permitiu-me contactar com peritos da área (que até então me era pouco conhecida por não ser a minha realidade profissional) e ter uma visão generalizada do trabalho realizado pelas equipas nas UCI, dos dilemas éticos e do levantamento das dificuldades relacionadas com a PSC com necessidade de

cuidados complexos em UCI, assim como de estratégias para superação dessas dificuldades.

O estágio na UCIC decorreu no período entre 20 de novembro de 2016 e 10 de fevereiro de 2017. Delineei como objetivo geral para o estágio a ser realizado na UCIC *“Desenvolver competências, como enfermeira com conhecimento especializado, baseado em evidência, na prestação de cuidados à pessoa com SCA em situação crítica e sua família, em contexto de UCI, visando nomeadamente a promoção do conforto”*. De modo a responder a este objetivo maior, delineei cinco objetivos específicos que me proponho apresentar e abordar de forma mais minuciosa:

- 1) Fundamentar os cuidados de Enfermagem ao doente com SCA em situação crítica e sua família, em contexto de UCI, visando nomeadamente a promoção do conforto;
- 2) Conhecer a resposta da equipa de Enfermagem e a sua articulação na equipa multiprofissional no cuidado ao doente com SCA em situação crítica e sua família, em contexto de UCI, visando nomeadamente a promoção do conforto;
- 3) Prestar cuidados de Enfermagem especializados, suportados na teoria do conforto de Kolcaba, baseados em evidência e centrados no doente com SCA em situação crítica e sua família, em contexto de UCI;
- 4) Refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro especializado na gestão dos cuidados ao doente com SCA em situação crítica e sua família, em contexto de UCI;
- 5) Desenvolver a tomada de decisão clínica e a intervenção atempada a partir da deteção precoce de focos de instabilidade no doente com SCA em situação crítica.

A UCIC e o internamento de Cardiologia localizam-se no mesmo piso e partilham a mesmas equipas de enfermagem, médica e de assistentes operacionais. A equipa de Enfermagem é constituída por 36 elementos, organizados por equipas e funcionam em turnos rotativos. Existem dois elementos com horário fixo que assumem funções de gestão, um no internamento e outro na UCIC. A equipa de assistentes operacionais é constituída por 8 elementos que funcionam também em turnos rotativos. A equipa médica encontra-se em permanência na UCIC.

A UCIC tem uma lotação de 8 camas e admite doentes transferidos do internamento de cardiologia, da sala de hemodinâmica, do SU e trazidos pelo INEM

após contacto prévio pelo CODU, com patologia cardíaca grave e diversa, como sejam estenose aórtica grave, bloqueio auriculoventricular completo, alterações eletrocardiográficas com repercussão hemodinâmica, insuficiência cardíaca e também PSC com SCA, à qual será dado especial ênfase no próximo subcapítulo.

Após a passagem de turno o enfermeiro chefe de equipa distribui os seus elementos numa dotação habitual de 2:1 (dois doentes para um enfermeiro), que pode variar de acordo com a complexidade de cuidados que a PSC necessita e a gravidade da sua situação. É permitida a presença de três pessoas significativas, uma de cada vez, nos horários das 13h-15h e das 17h-20h, havendo uma flexibilidade da equipa para ajustar os mesmos de acordo com necessidades da PSC/família, se as condições do serviço no momento permitirem.

A SCA é a patologia mais frequente na PSC internada na UCIC, pelo que irei debruçar a minha apreciação sobre a PSC com este diagnóstico e sua família.

Tive oportunidade de realizar um turno de observação no Serviço de Hemodinâmica que se demonstrou enriquecedor na medida em que me proporcionou assistir *in loco* a coronariografias e angioplastias com colocação de *stent*, programadas e de urgência, ficando a conhecer o papel do enfermeiro na sala de hemodinâmica. Observei os cuidados de enfermagem na receção do doente, nomeadamente a identificação correta do doente, apresentação da equipa multidisciplinar presente, apresentação do serviço, explicação acerca do procedimento e dos materiais a serem utilizados, assim como dos cuidados antes, durante e após o procedimento, o que permitiu que fosse desenvolvida uma relação de proximidade e confiança entre a PSC e o enfermeiro. Observei também a preparação do doente para o procedimento, que inclui a verificação de acesso venoso permeável, colheita de sangue para estudos de coagulação e bioquímica, posicionamento do doente em decúbito dorsal, com a cabeceira em plano zero, de acordo com o local de abordagem: via radial (o doente deverá ter o membro superior, preferencialmente o direito, imóvel e assente numa braçadeira da maca) ou femoral (o doente deverá ter o membro inferior, preferencialmente o direito, imóvel) e os cuidados após o procedimento, sendo estes a aplicação de penso compressivo e vigilância de perdas hemáticas pelo local de abordagem (maioritariamente pela radial direita), assim como sinais de compromisso neurocirculatório do membro.

Assisti à “Primeira reunião de atualização cardiovascular”, realizada por elementos da equipa médica da UCIC (Anexo IV), onde se abordou a patologia coronária,

nomeadamente a SCA. Pude ter contato com as preocupações médicas relativas ao tema, da terapêutica conservadora, da terapêutica instituída e do tratamento invasivo. Foi enriquecedor na medida em que assisti a uma partilha de conhecimentos por parte dos oradores e da plateia, tendo-me permitido confrontar conhecimentos absorvidos da literatura através da pesquisa bibliográfica com os conhecimentos da experiência diária de peritos da área.

2.2.1 O conforto da pessoa em situação crítica com síndrome coronária aguda na unidade de cuidados intensivos coronários

Numa fase inicial do estágio observei e colaborei na prestação de cuidados à PSC com baixa complexidade de cuidados, que já tinha sido submetida a coronariografia com angioplastia e estava em ventilação espontânea. Pude verificar que o seu desconforto se manifestava nos quatro contextos referenciados por Kolcaba na sua Teoria do Conforto (físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural) e que este era expresso através de manifestações orais (“doí-me as costas”, “estou cansado de estar na cama”, “custa-me ter a perna esticada tanto tempo”, “como é que será a minha vida quando voltar a trabalhar?” sic), mas também através do não verbal (expressão facial, expressão do olhar, suspiros, alternância constante de decúbitos no leito, esfregar alguma região do corpo). De acordo com a evidência científica, a massagem com creme hidratante no local da dor (se não coincidir com o da punção, por ex.), assim como a aplicação de frio ou calor, o posicionamento corporal com auxílio de almofadas, a comunicação verbal e não verbal por parte do enfermeiro (informação disponibilizada acerca da situação clínica, procedimentos a que vai ser submetido, o toque, a proximidade com que se aborda o doente) – são intervenções autónomas de enfermagem fomentadoras de conforto (Carvalho, Pareja & Maia, 2013; Ponte *et al.*, 2014; Krinsky *et al.*, 2014), as quais pude realizar em conjunto com a minha enfermeira orientadora. Estas são complementadas por intervenções interdependentes, nas quais também tive oportunidade de colaborar, como sejam instituição de terapêutica como, por exemplo, a analgésica e indutora do sono, colaboração com a enfermeira especialista em reabilitação em sessões de cinesiterapia e levante e discussão de plano terapêutico individualizado, com a equipa médica.

Durante este período e tendo em conta as características da PSC de quem cuidei (conscientes, em ventilação espontânea, orientados na pessoa, espaço e tempo), tive

oportunidade de colaborar com a minha enfermeira orientadora na realização de sessões informais de educação para a saúde junto dos mesmos, nomeadamente sobre a realização de coronariografia, fatores de risco de doença coronária, hábitos alimentares saudáveis e adequados, importância do cumprimento terapêutico e incentivo à desabitação de hábitos tabágicos e alcoólicos. Estas foram reforçadas com a entrega de folhetos, já existentes no serviço, sobre os temas abordados, englobando a família nessas sessões sempre que oportuno, pela sua relevante influência na recuperação da PSC (Ponte *et al.*, 2014).

Com o decorrer do estágio tive oportunidade de gradualmente colaborar na prestação de cuidados à PSC com SCA com maior grau de complexidade, nomeadamente com instabilidade hemodinâmica e com eletrocáteter ou pacemaker externo, submetidos a valvuloplastia aórtica percutânea, ventilação mecânica invasiva, em situação de choque cardiogénico com suporte de terapêutica vasopressora e balão intra-aórtico, choque séptico com perfusão de antibioterapia e falência renal sob técnica de substituição renal, como seja a hemodiafiltração venovenosa contínua.

Esta experiência possibilitou-me conhecer de forma mais profunda a PSC, antecipando as suas necessidades, e permitiu-me desenvolver competências especializadas atuando a nível da prevenção e deteção precoce de complicações junto da mesma, através da monitorização hemodinâmica constante, que são parte integrante da responsabilidade do enfermeiro (OE, 2010b; Carvalho, Pareja & Maia, 2013). Exemplos disto foram:

- Deteção de uma fibrilhação auricular, de novo, através da monitorização eletrocardiográfica, em que abordei, juntamente com a minha enfermeira orientadora a equipa médica, discutindo em equipa o plano terapêutico e administrando a terapêutica prescrita: heparina de baixo peso molecular e vigilância dos seus efeitos terapêuticos e complicações – “identifica prontamente focos de instabilidade”, “responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade” (OE, 2010b);

- Evitar a coagulação do sistema de hemodiafiltração venovenosa contínua através da manipulação adequada do cateter de hemodiálise – “diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos”, “implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações” (OE, 2010b);

- Necessidade de imobilização do membro onde está colocado o introdutor venoso e arterial, após valvuloplastia aórtica percutânea, e os cuidados durante a remoção dos mesmos pelo médico (acesso venoso permeável, preparação de atropina por risco de bradicardia extrema e preparação de material para compressão mecânica), vigiando sinais e sintomas de hemorragia e de compromisso neurocirculatório durante a sua permanência e nas horas após – “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE,2010b);

- Mudança de seringas com terapêutica vasopressora na PSC hemodinamicamente instável, sensível à mudança da seringa, acusando hipotensão extrema, em que minha intervenção passou por antecipar a troca da seringa antes do alarme de aviso do término da mesma, evitando a hipotensão extrema, o agravamento da instabilidade hemodinâmica e o desconforto ambiental da própria e dos restantes doentes por me antecipar ao toque do alarme – “identifica prontamente focos de instabilidade”, “responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade” (OE, 2010b).

A prestação de cuidados a estes doentes, pela sua instabilidade e compromisso da comunicação verbal, permitiu-me desenvolver estratégias facilitadoras da comunicação com a PSC com barreiras de comunicação (OE, 2010b), tendo por base conhecimento científico atual e teórico adquiridos com a realização de pesquisa bibliográfica e a integração da Teoria do Conforto de Kolcaba, averiguar necessidades de conforto através da observação direta da PSC, suportando-me na sua avaliação hemodinâmica, características respiratórias, expressão facial, postura corporal e outras já referidas, assim como na informação recolhida junto da família, como seja medicação realizada no domicílio (anti-hipertensora, indutora do sono, anticonvulsivantes), hábitos intestinais, hábitos de higiene (frequência da lavagem do cabelo, frequência da realização da barba), posição de conforto, entre outras.

2.2.2 O conforto da família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos coronários

Quando uma pessoa experiencia uma situação de transição saúde/doença e consequente necessidade de hospitalização, os restantes elementos da família são também afetados por uma situação de transição (Meleis, 2010), experienciando sentimentos de medo, stress e ansiedade. Muitas vezes a família sente necessidade

de se reestruturar (Conceição & Ramos, 2004; Meleis, 2010) face à situação causadora de instabilidade, tendo o enfermeiro com conhecimento especializado, um papel preponderante na adaptação à nova realidade por assistir “a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2010b), nomeadamente na promoção do seu conforto.

A família é um elemento relevante da tríade de cuidados (doente-família-enfermeiro), “capaz de reportar a perspetiva do doente acerca do seu bem-estar, podendo substituí-lo quando não for possível obter o seu autorrelato” (Ponte & Pais-Ribeiro, 2015). Desempenha um papel importante na tomada de decisão e na prestação de cuidados, devendo por isso ser integrada nos mesmos.

Por outro lado, a família tem necessidade de ser cuidada e confortada, sendo alvo da intervenção do enfermeiro, tal como a PSC. O enfermeiro ao confortar a PSC conforta também a família (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). Deste modo, esta ficará fortalecida e capaz de desenvolver alicerces que lhe permitam enfrentar a situação de doença do seu familiar.

Na UCIC foi-me possibilitado conhecer os doentes e família de forma mais íntima, tendo em conta o tempo elevado de internamento, e intervir nas suas necessidades, em colaboração com a minha enfermeira orientadora. Verifiquei que a família manifestava preocupação relativamente ao futuro do seu familiar doente e necessidade de informação acerca da situação clínica do mesmo. As informações solicitadas pela família foram disponibilizadas junto ao leito da PSC, de modo a envolver a família nos cuidados e a prestar um esclarecimento individualizado, promovendo a privacidade tanto da família como da PSC. A minha intervenção centrou-se muito no escutar os familiares, relativamente aos seus receios, à sua preocupação com o futuro (vida familiar, emprego, medo da situação se repetir) e esclarecê-los acerca da panóplia de tecnologia que envolvia o seu familiar e o propósito da mesma, nomeadamente a necessidade de monitorização eletrocardiográfica e de medicação vasopressora em perfusão.

Ocorreu uma situação em que, juntamente com a minha enfermeira orientadora, pedimos colaboração à equipa médica para ajustar o plano terapêutico às possibilidades económicas da PSC e família, nomeadamente a prescrição de genéricos, tendo assim detetado precocemente “complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos completos” (OE, 2010b), mas dispendiosos, promovendo o cumprimento terapêutico e o conforto no contexto

sociocultural desta família.

O período de visitas foi ajustado por diversas vezes, tendo em conta as necessidades da PSC e família, sempre que as condições do serviço permitiram.

O enfermeiro com conhecimento especializado deverá gerir a comunicação e a relação interpessoal, suportada numa relação terapêutica, junto da PSC e seus familiares (OE, 2010b).

2.2.3 Considerações finais

Cuidar da PSC em contexto de UCI requer do enfermeiro uma perícia para conseguir prestar cuidados individualizados e confortadores perante uma panóplia de equipamento e tecnologia. O estágio na UCIC permitiu-me ter essa experiência que surgiu como um desafio, por ser um contexto de cuidados diferente do meu, proporcionando-me muitas situações de aprendizagem, nomeadamente a de ultrapassar a barreira da tecnologia envolvente e olhar, de forma individualizada, para a pessoa e família, por vezes “escondidas” na panóplia de tecnologia.

Por sentir necessidade de envolver a equipa de enfermagem na minha preocupação acerca do conforto daqueles de quem cuidamos, senti necessidade de avaliar primeiramente a perceção dos enfermeiros acerca do conforto da PSC internada na UCIC, sendo que a atividade que tinha prevista seria a aplicação de um questionário e posterior partilha dos resultados com a equipa. Assim, com esse intuito, enviei um e-mail a Kolcaba a solicitar a sua orientação (Apêndice II), ao qual não obtive resposta. A estratégia que utilizei para colmatar este obstáculo foi ter conversas informais ao longo dos turnos com os elementos da equipa acerca do tema, a fim de conhecer a sua perceção acerca do conforto da PSC internada na UCIC. Após recolher dados a partir dessas conversas informais propus à enfermeira chefe a realização de uma sessão de partilha de conhecimentos sobre a importância do conforto à PSC, em que os objetivos foram dar a conhecer a Teoria do Conforto de Kolcaba e estratégias e intervenções promotoras do conforto na UCIC. A mesma foi realizada no final de uma passagem de turno e estiveram presentes 11 enfermeiros. A maioria não conhecia a Teoria do Conforto de Kolcaba, mas identificou-a como inerente à sua prática clínica. Assim pude contribuir para a consciencialização da equipa de enfermagem relativamente a uma teoria que rege os seus cuidados e também dar a conhecer as sugestões de Kolcaba na promoção e satisfação do

conforto dos doentes.

3. CONCLUSÃO

A realização deste estágio ancorado ao tema *O Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda – Intervenções Autônomas Especializadas de Enfermagem*, mostrou-se pertinente por se evidenciar como característica central, dominante, unificadora (Leininger, 1988) e objeto do saber da enfermagem (Queirós *et al.*, 2016), fundamental para a distinguir de outras disciplinas da saúde (Medina, 1999).

Os contextos em que decorreu o estágio, SUC e UCIC, demonstraram-se ricos em experiências motivadoras ao desenvolvimento de competências e da mobilização de conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica da ESEL, cursos e congressos frequentados e através da pesquisa bibliográfica, confrontando-os com a prática nestes campos de estágio, sob o referencial teórico da Teoria do Conforto de Kolcaba. As experiências de aprendizagem nestes campos de estágio permitiram-me desenvolver as competências preconizadas no Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da ESEL, assim como as comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, como sejam a identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória; execução de cuidados técnicos de alta complexidade; diagnóstico precoce, intervenção e monitorização de complicações; identificação de evidências fisiológicas de desconforto e intervenções farmacológicas e não farmacológicas no seu alívio; desenvolvimento de técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação com a PSC e sua família, incluindo a PSC com barreira da comunicação verbal; e avaliação das intervenções realizadas junto da PSC e sua família (OE, 2010b), especialmente na promoção e satisfação do conforto.

Numa situação aguda de doença, como seja a PSC com diagnóstico de SCA, o enfermeiro desempenha um papel vital ao colaborar ativamente na satisfação do conforto do doente e família, auxiliando-os a ultrapassar a situação de transição vivenciada. Todos os cuidados dos enfermeiros são dirigidos para a promoção do conforto dos doentes, aos mais variáveis níveis, e a capacidade que detêm para aumentar o conforto da PSC, traduz-se em melhores *outcomes* para esta (Kolcaba, 2003).

Confortar é uma competência do enfermeiro (Benner, 2011) e o primeiro passo para prestar cuidados confortadores é conhecer a pessoa alvo dos nossos cuidados.

Assim, desenvolver esta competência no SUC demonstrou-se um desafio pelo curto período de tempo em que a PSC permanece neste serviço, incrementando a carência de conhecimento sobre a pessoa alvo de cuidados, em que a celeridade de cuidados e a rápida passagem e transferência são impostas, dificultando, mas não impedindo, a promoção e satisfação do conforto.

Em contexto de UCIC, o desafio passou por olhar para a pessoa e família, de forma individualizada, por entre a panóplia de tecnologia envolvente e ultrapassar a barreira perante a pessoa com compromisso da comunicação verbal e prestar-lhes cuidados confortadores. Pude desenvolver competências especializadas atuando a nível da prevenção e deteção precoce de complicações junto da PSC, através da monitorização hemodinâmica constante, que é parte integrante da responsabilidade do enfermeiro (OE, 2010b; Carvalho, Pareja & Maia, 2013), mas também através da observação das características respiratórias, expressão facial, postura corporal e informação recolhida junto da família.

O avanço das ciências da saúde e o desenvolvimento tecnológico em meados do século passado fizeram com que a enfermagem descentralizasse o conforto e os cuidados holísticos em detrimento do foco dos cuidados físicos (Apóstolo, 2009) e do domínio das técnicas subjacentes aos cuidados, notório pela escassez de literatura reproduzida acerca do tema na altura. Contudo, o conforto, inerente aos cuidados de enfermagem, ganhou destaque novamente quando algumas autoras, como Kolcaba, desenvolveram modelos conceptuais nele centrados, demonstrando na prática de cuidados, a evidência compreendida através da sua investigação. No contexto de cuidados portugueses verifiquei a existência de algumas limitações acerca da aplicação da Teoria do Conforto de Kolcaba no que cerne a avaliação, só algumas escalas foram traduzidas e validadas para a população portuguesa, como sejam a escala de avaliação do conforto em doentes internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica e escala de avaliação do conforto em doentes com cancro de mama. Esta limitação fez-me pensar em projetos futuros, nomeadamente a necessidade de tradução e validação do *General Comfort Questionnaire* para a população portuguesa e a necessidade de elaboração de uma escala de avaliação do conforto dirigida à pessoa doente cardíaco, em cooperação e com autorização de Kolcaba.

As competências desenvolvidas e a elaboração deste Relatório de Estágio incitaram ainda mais o meu gosto pessoal pelo tema, que se repercute na minha prática profissional com alteração de alguns comportamentos como o ajuste da

luminosidade, ajuste de alarmes de monitorização hemodinâmica, permanência de familiares fora da hora de visita, sempre que necessário e que as condições do serviço permitam e o mesmo funciona como um estímulo na procura de melhores práticas e cuidados confortadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-378. Acedido a 04-11-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- American College of Surgeons & Committee on Trauma (2012). *Advanced Trauma Life Support - ATLS* (9ªed.). Chicago: American College of Surgeons.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 11(9), 61-67.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)* (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora (*From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (Commemorative Edition)*), Prentice Hall, Inc.
- Carvalho, D. C., Pareja, D. C., & Maia, L. F. (2013). A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. *Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 3(8), 5–10.
- Conceição, M.F., Ramos P.C.A. (2004). Visita de referência: cuidados em parceria. *Revista Sinais Vitais*. 4(26), 56-59.
- Demircelik, M. B., Cakmak, M., Nazli, Y., Sentepe, E., Yigit, D., Keklik, M., ... Eryonucu, B. (2016). Effects of multimedia nursing education on disease-related depression and anxiety in patients staying in a coronary intensive care unit. *Applied Nursing Research*. <http://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.014>
- Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Diário da República, 2ª série, nº 153. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.
- DGS (2006). Circular Normativa nº03/DSPCS. Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Lisboa: DGS
- DGS (2011). Norma nº14/2011 de 14 de julho de 2011 atualizada a 8 de julho de 2013. Utilização e seleção de antiagregantes plaquetários em doenças cardiovasculares. Lisboa: DGS.
- DGS (2012). *Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares. Orientações Programáticas*. Lisboa: DGS.

- DGS (2015a). *A Saúde dos Portugueses. Perspectiva 2015*. Lisboa: DGS
- DGS (2015b). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: DGS
- Heidemann, A. M.; Cândido, A. P. L.; Kosour, C.; Costa, A. R. O.; Dragosavac, D. (2011). Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 23(1). 62-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2011000100011>
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K. & Kolcaba R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operacionalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184
- Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. *Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287-289
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., Dowd, T., Steiner, R., & Mitzel, A. (2004). Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 6(2), 91–102.
- Krinsky, R., Murillo, I., & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147–150. <http://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.004>
- Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes
- Marques, N., Faria R., Sousa P., Mimoso, J., Brandão, V., Gomes, V., Jesus, I. (2012). Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da

- mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 31(10). 647-654. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2012.07.005>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Moutinho, M.; Magalhães, R.; Correia, M.; Silva, M. (2013). Avaliação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Norte de Portugal: Caracterização e prognóstico dos utilizadores. *Acta Médica Portuguesa*, 26(2), 113-122
- Mussi, F. C., Friedlander, M. R., & Neves-Arruda, E. (1996). Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4 (3), 19–39. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000300003>
- Nikolaou, N. I., Arntz, H., Bellou, A., Beygui, F., Bossaert, L. L., & Cariou, A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 8. Initial management of acute coronary syndromes, 95, 264–277. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.030>
- Nightingale, F. (ed. 2005). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiros especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transportes de Doentes Críticos, Recomendações*. Lisboa: CELOM.
- Patacky, M. G., Garvin, B. J., & Schwirian, P. M. (1985). Intra-aortic balloon pumping and stress in the coronary care unit. *Heart & Lung*, 14(2), 142-148.
- Ponte, A.C., Pais-Ribeiro, J. L. (2015). O bem-estar do doente seguido em cuidados paliativos: perspetiva da tríade doente-família-profissionais de saúde. *Revista Cuidados Paliativos*. 2(2), 52-64

- Ponte, K. M. de A., Silva, L. de F. da, Aragão, A. E. de A., Guedes, M. V. C., & Zagonel, I. P. S. (2014). Cuidado clínico de enfermagem para conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(1), 56–64. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100007>
- Queirós, P. J. P, Fonseca, E. P. A. M, Mariz, M. A. D., Chaves, M. C. R. F., Cantarino, S.G. (2016). Significados atribuídos ao conceito cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), 85-94. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>
- The Joanna Briggs Institute (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Acedido a 25/03/2016. Disponível em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Toth, J. C. (1980). Effect of structured preparation for transfer on patient anxiety on leaving coronary care unit. *Nursing Research*, 29(1), 28-34.
- Wallentin, L., Becker, R., Budaj, A., Cannon, C., Emanuelsson, H., Held, C., ... Harrington, R. (2009). Ticagrelor versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *The New England Journal of Medicine*, 361(11), 1045-1057.
- Weeks, B. P., & Nilsson, U. (2011). Music interventions in patients during coronary angiographic procedures: A randomized controlled study of the effect on patient's anxiety and well-being. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 88-93. <http://doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.07.002>
- WHO (2007). *Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Geneva. Acedido a 08-04-2016, em http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/PocketGL.ENGLISH.AFR-D-E.rev1.pdf?ua=1
- <http://www.grupoportuguestriagem.pt/> acedido a 20-03-2018
- <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html> acedido a 27-03-2016

APÊNDICES

APÊNDICE I -
Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

O Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda

Intervenções autónomas de Enfermagem

Rita Antunes, M. Teresa Leal

No âmbito do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica da ESEL, é solicitada a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) de modo a que evidência obtida na mesma, enquadre cientificamente as atividades a realizar em estágio, assim como o Relatório de estágio *O Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda – Intervenções Autónomas Especializadas de Enfermagem*. Os resultados obtidos serão um alicerce científico no percurso de desenvolvimento de competências ao longo do estágio com vista a proporcionar um crescimento profissional e melhores *outcomes* para a PSC alvo de cuidados.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As doenças do aparelho circulatório são as que mais contribuem para a mortalidade e morbilidade da população portuguesa e mundial. Em Portugal estas doenças estão no topo das patologias que mais contribuem para o aumento das taxas de morbilidade, mortalidade (30%) e mortalidade prematura (óbito antes dos 70 anos – 16%) (DGS, 2015a). Apesar do seu decréscimo nos últimos anos, mantêm profundo impacto na sociedade, limitando a qualidade de vida daqueles que delas sofrem e aumentam os custos na saúde (WHO, 2007; DGS, 2012).

Das doenças do aparelho circulatório destacam-se as doenças isquémicas do coração e destas, a SCA, com especial enfoque no Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) pelas suas características de rápida evolução, tendo uma responsabilidade major por arritmias, levando à morte súbita. A SCA caracteriza-se pela rotura ou desgaste de uma placa aterosclerótica que ao entrar na circulação sanguínea e alojar-se nas artérias coronárias, causa a sua isquemia (Nikolaou *et al.*, 2015). A SCA pode

demonstrar-se de três formas (EAM com elevação do segmento ST, EAM sem elevação do segmento ST e angina de peito instável) e o seu diagnóstico é realizado com base nas manifestações clínicas (precordialgia, polipneia, dispneia e sudorese; contudo pode manifestar-se de modo atípico, principalmente em doente idosos, diabéticos e do sexo feminino), eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e biomarcadores cardíacos, como seja a troponina, o marcador de necrose das células do miocárdio mais específico e com maior sensibilidade (Nikolaou *et al.*, 2015). A troponina deverá ser avaliada o mais cedo possível, preferencialmente até 2 horas após a ocorrência dos sintomas e ser repetida a sua avaliação 6 horas após, assim como o ECG (Nikolaou *et al.*, 2015).

No EAM com elevação do segmento ST pode observar-se elevação do segmento ST no ECG de 12 derivações e troponinas cardíacas positivas, tendo o doente, se não houver contra-indicação, indicação para tratamento de reperfusão (Nikolaou *et al.*, 2015). Quando não se verifica elevação do segmento ST (o ECG pode ser normal ou demonstrar outras alterações), o diagnóstico diferencial é realizado com base nos biomarcadores cardíacos, sendo que troponina cardíaca positiva sem elevação do segmento ST denomina-se por EAM sem elevação do segmento ST e troponina cardíaca negativa sem elevação do segmento ST denomina-se por angina de peito instável (Nikolaou *et al.*, 2015), tal como demonstrado no esquema da figura 1.

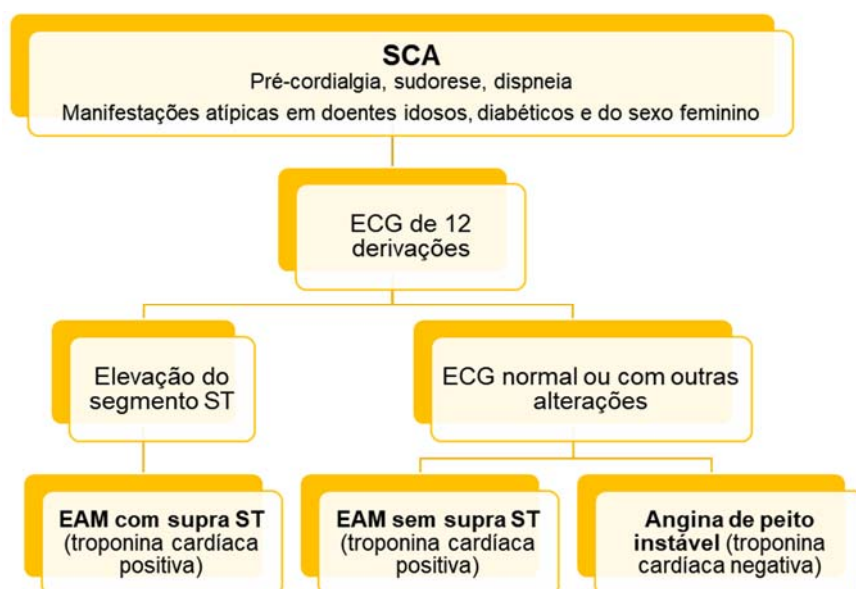


Figura 1: Diagnóstico diferencial de SCA

De acordo com a DGS (2015b), em 2013 o número de óbitos por EAM em Portugal continental foi de 4 292, correspondendo a uma taxa de 22,2% por 100 000 habitantes. De acordo com literatura internacional, dois terços dos europeus que sofrem EAM morrem antes de chegar ao hospital (Nikolaou *et al.*, 2015) e esse valor aumenta para cerca de metade durante a primeira hora após a sua ocorrência, se considerarmos a população portuguesa (DGS, 2006). Com o intuito de contrariar esta realidade, foram desenvolvidos protocolos de atuação rápida sob coordenação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), surgindo a Via Verde Coronária (VVC). O objetivo desta prende-se com a melhoria no acesso atempado ao tratamento de reperfusão adequado. O período de tempo decorrido entre os primeiros sintomas e o início do tratamento é inversamente proporcional à taxa de sobrevivência após um episódio isquémico cardíaco (Nikolaou *et al.*, 2015). Entre a angioplastia primária e a terapêutica fibrinolítica, o método de reperfusão de eleição é o primeiro (Marques *et al.*, 2012; Nikolaou *et al.*, 2015), a terapêutica fibrinolítica está associada à maior ocorrência de um evento hemorrágico como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico (Marques *et al.*, 2012). De acordo com as *Guidelines* do *European Resuscitation Council* (2015), na impossibilidade da realização de angioplastia primária por inaptidão da unidade hospitalar, a pessoa vítima de EAM deverá ser transportada, o mais breve possível, para uma unidade hospitalar que disponha de meios para a sua realização, desde que esta se encontre, no máximo, a 120 minutos de distância (preferencialmente entre 60 a 90 minutos desde os primeiros sintomas). Caso não seja possível o doente ser transferido de imediato, este deverá ser submetido a fibrinólise e transferido para uma unidade hospitalar com capacidade para realização de angioplastia primária no período de 3 a 24 horas após a fibrinólise, não existindo evidência de benefício da realização desta no período anterior a 3 horas, após a administração de terapêutica fibrinolítica (Nikolaou *et al.*, 2015).

Independentemente da abordagem de reperfusão selecionada, deverá ser administrado precocemente à PSC terapêutica que alivie os sintomas, como nitratos (nitroglicerina sublingual, dinitrato de isossorbido endovenoso) que dilatam as artérias coronárias e aumentam o fluxo de sangue nas mesmas, melhorando a circulação nas regiões isquémicas circundantes e reduzindo o consumo de oxigénio pelo miocárdio; analgesia com opiáceos (morfina por via endovenosa) que altera a perceção do estímulo da dor diminuindo a intensidade da mesma e oxigénio (se o doente apresentar dispneia ou sinais de hipoxia e se saturações periféricas de oxigénio inferiores a 94%), assim como terapêutica que trate a causa – antiagregantes

plaquetários (ácido acetilsalicílico, ticagrelor e clopidogrel), sendo que esta deverá ser administrada numa “dose de carga” (250 mg de ácido acetilsalicílico, 180 mg de ticagrelor e 300 mg de clopidogrel) (Nikolaou *et al.*, 2015). De acordo com a Norma nº14/2011, de 11 de julho de 2011, atualizada a 8 de julho de 2013 da Direção-Geral da Saúde (DGS), a anti-agregação deverá ser dupla (ácido acetilsalicílico associado a ticagrelor ou ácido acetilsalicílico associado a clopidogrel), por haver evidência científica de que a sua combinação é mais eficaz do que administrado ácido acetilsalicílico de forma isolada. A escolha do antiagregante plaquetário a administrar conjuntamente com o ácido acetilsalicílico fica ao critério do médico, mas de acordo com Wallentim *et al.* (2009) o ticagrelor, comparativamente ao clopidogrel, tem uma ação mais rápida e uma taxa de mortalidade e co-morbilidade menores.

O objetivo da implementação destas medidas é contribuir para a melhoria do prognóstico da PSC e diminuição das complicações associadas (mortalidade e morbilidade), assim como diminuição dos custos diretos (medicação, exames complementares de diagnóstico) e indiretos (diminuição da produtividade laboral, aumento do grau de dependência com necessidade de intervenção social) e aumento dos ganhos em saúde (redução de eventos cardíacos isquémicos, diminuição da mortalidade prematura, redução do tempo de internamento).

O enfermeiro tem um lugar privilegiado dentro da equipa multidisciplinar, pela relação de proximidade em que desenvolve as suas intervenções de cuidados, junto da pessoa doente e família, sendo que do ponto de vista disciplinar, o cuidado é objeto do saber da enfermagem, influencia a teoria, a investigação, a prática e o ensino (Queirós *et al.*, 2016). É fundamental para distinguir a enfermagem de outras disciplinas da saúde (Medina, 1999), descrito por Leininger (1988) como a essência da enfermagem e como característica central, dominante e unificadora. Cuidar em enfermagem é tornar profissionalizante e científico um instinto humano de proteção, transmitido culturalmente (Medina, 1999), fazendo da enfermagem uma ciência humana com diretrizes práticas (Meleis, 2012).

Uma pessoa doente em situação crítica, nomeadamente com SCA, experiencia uma situação de transição que lhe provoca alterações, sejam elas físicas, psíquicas, espirituais, familiares, profissionais, entre outras, que podem ser potenciadoras de desconforto. Embora não exista uma definição comum do conceito de conforto (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba 1991), pela sua multidimensionalidade e complexidade, dado que cada pessoa é única e influenciável pela sua vivência e

experiência (Mussi, Friedlander, & Neves-Arruda, 1996; Ponte, Silva, Aragão, Guedes, & Zagonel, 2014), o termo conforto é frequentemente utilizado pelos enfermeiros na sua prática de cuidados e está vinculado à enfermagem desde os seus primórdios (Apóstolo, 2009). Assim demonstra Florence Nightingale em *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é* (2005), ao expressar a sua preocupação com o conforto ao referir que

o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia (Nightingale, 2005, p.132).

Embora a satisfação do conforto não dependa apenas das intervenções dos enfermeiros (Mussi *et al.*, 1996; Ponte, *et al.*, 2014), existem intervenções autónomas de enfermagem que podem contribuir para a satisfação do conforto da pessoa de quem cuidamos, podendo este ser ponderado como o último estado de saúde e o *outcome* dos cuidados de enfermagem pretendido (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2009), transversal a várias teorias de enfermagem como sejam a teoria Humana do Cuidar de Watson, dos Cuidados Transculturais de Leininger e a teoria do Conforto de Kolcaba (Apóstolo, 2009). De acordo com Apóstolo (2009) a teoria Humana do Cuidar de Watson assenta em dez pilares do cuidar e o enfermeiro intervém enquanto suporte da pessoa que procura o significado da sua existência, avaliando a sua falta de harmonia com o meio e promovendo a sua autonomia relativamente à sua situação de saúde/doença, tendo por base uma orientação fenomenológica existencial e espiritual na procura da harmonia entre mente, corpo e espírito. Para Leininger, de acordo com o mesmo autor, o conforto da pessoa e família deve ser avaliado no seu contexto cultural tendo em conta o significado por eles atribuído, de modo a que a intervenção do enfermeiro seja adequada e os seus cuidados holísticos. Kolcaba considerou que o conforto é um estado em que o doente se encontra, após as intervenções de enfermagem para aliviar a causa de desconforto (Apóstolo, 2009) e da sua preocupação com o tema elaborou uma teoria de médio alcance.

Kolcaba (2003) refere-se ao conforto como uma experiência holística, imediata, após a satisfação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, sensível às mudanças próprias do ciclo vital. De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba (Kolcaba, 1991; 1992; 2003; Apóstolo, 2009), o conforto manifesta-se sob a forma de três tipos:

- Alívio – satisfação de uma necessidade imediata, necessário para o

funcionamento habitual;

- Tranquilidade – sentimento de serenidade e satisfação, necessário para um desempenho eficaz;
- Transcendência – estado em que a pessoa sente que tem capacidade para superar das adversidades.

E é experimentado em quatro contextos:

- Físico – sensação corporal;
- Psico-espiritual – consciência de si próprio, incluindo auto-estima, sexualidade e pode envolver relação com uma entidade ou ordem superior;
- Sociocultural – relações familiares, interpessoais, sociais;
- Ambiental – relação com o meio, externo a si (luz, ruído, temperatura, cor).

Kolcaba por acreditar que o conforto pode ser medido, apesar de difícil quantificação, operacionalizou um instrumento de medida, suportado numa estrutura taxonómica (3 tipos de conforto em 4 contextos), que pudesse ser utilizado na prática diária de cuidados baseado no autorrelato e na observação, dando origem ao genérico *General Comfort Questionnaire* (Kolcaba, 1992).

Todos os cuidados dos enfermeiros são dirigidos para a promoção do conforto dos doentes aos mais variáveis níveis, sendo este a primeira e última consideração dos mesmos (Kolcaba, 2003), capacitados a detetar precocemente a causa de desconforto antes desta afetar o doente (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1992). Confortar é uma competência do enfermeiro (Benner, 2001) e a sua capacidade de aumentar o conforto de um doente traduz-se em melhores *outcomes* para o mesmo (Kolcaba, 2003), pelo que o conforto enquanto causa, deverá gerar conforto enquanto efeito (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Auxiliar o doente a ir até à casa-de-banho, disponibilizar-lhe informação acerca de uma intervenção terapêutica, ter o seu quarto com os seus pertences e a luz do mesmo ajustada, aliviar a dor (Kolcaba, 1994; 1995) são algumas das intervenções que a autora propõe para promoção e satisfação do conforto da pessoa alvo de cuidados, assim como a utilização de técnica de relaxamento (Kolcaba, 1994) e a massagem (Kolcaba, Dowd, Steiner & Mitzel, 2004). Esta última, que promove o toque terapêutico, demonstrou diminuição da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória assim como da dor, stress e ansiedade (Kolcaba *et al.*, 2004).

Krinsky, Murillo e Johnson (2014), demonstraram que a Teoria do Conforto de

Kolcaba pode ser aplicada à pessoa doente cardíaco, mais especificamente à pessoa com SCA. Verificaram, através de estudos de caso que a realização de um período de silêncio contribui para a promoção de um ambiente de recuperação, por promover o sono e descanso e a diminuição da ansiedade, que por sua vez contribuem para a diminuição da pressão arterial, diminuição da sobrecarga cardíaca e diminuição da dor torácica associada à SCA (Krinsky, Murillo e Johnson, 2014).

A satisfação e promoção do conforto na pessoa com SCA contribui para a diminuição de eventos cardíacos (Krinsky *et al.*, 2014), diminuição de alterações da frequência cardíaca e da condução auriculoventricular (Toth, 1980) e diminuição da ansiedade (Toth, 1980; Kolcaba *et al.*, 2004; Weeks & Nilsson, 2011; Krinsky *et al.*, 2014; Demircelik *et al.*, 2016).

OBJETIVO E QUESTÃO DE PESQUISA

Objetivo: Conhecer as intervenções autônomas de enfermagem que promovem o Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda em contexto de SU e UCI.

Questão de pesquisa: Quais as intervenções autônomas de enfermagem que promovem o Conforto da Pessoa com Síndrome Coronária Aguda em contexto de SU e UCI?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participantes

Devem ser considerados todos doentes com idade superior a 18 anos com diagnóstico de SCA.

Intervenções

Devem ser consideradas todas as intervenções de enfermagem que visam promover o conforto em diversas áreas de cuidados.

Contexto

Devem ser considerados os contextos de SU e UCI.

Outcomes

Devem ser consideradas todas as intervenções de enfermagem que sejam promotoras do conforto nas diversas áreas de cuidados.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Após a construção da questão de pesquisa e da definição dos critérios de inclusão, foi realizada pesquisa nas bases de dados CINAHL Plus® with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Controlled Trials Register; Cochrane Database of Systematic Reviews e Scopus com os seguintes descritores: *Myocardial infarction; Acute coronary syndromes; Heart attack; Unstable angina pectoris; Myocardial ischemia; Coronary disease; Infarction; Nursing care; Nursing intervention; Nursing practice; Critical care nursing; Intensive care nursing; Emergency nursing; Emergency department; Intensive care unit; Cardiac intensive care unit; Comfort; Relief; Ease; Transcendence; Physical Comfort; Environmental Comfort; Sociocultural Comfort; Pain relief; Noise reduction; Sleep promotion; Reduction light; Anxiety relief; Privacy; Hope; Environmental temperature; Well-being*. Por dificuldade em encontrar artigos recentes sobre a temática do conforto não foi colocado limitador de data na pesquisa. Foi realizada concomitantemente pesquisa manual no Google® realizando pesquisa pelos mesmos descritores. Devem ser considerados estudos que demonstrem relação entre as intervenções de enfermagem e a satisfação do conforto da pessoa com SCA, escritos em língua portuguesa e inglesa.

PROCESSO DE SELEÇÃO E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE

Após a obtenção dos artigos selecionados, todos serão submetidos a uma avaliação pelo primeiro autor. Todas as dúvidas serão discutidas e revistas pelos dois autores, primeiro independentemente e, posteriormente, por consenso, utilizando os instrumentos de análise crítica uniformizados pelo *Joanna Briggs Institute*, previamente à sua inclusão na RIL. Serão excluídos todos os estudos que não cumpram os critérios definidos. A avaliação e aceitação, ou exclusão, será realizada pelo título, pelo *abstract*, ou pela leitura do texto integral.

EXTRAÇÃO E SÍNTESE DE DADOS

A extração de dados dos artigos incluídos será realizada utilizando os instrumentos de extração de dados uniformizados pelo *Joanna Briggs Institute*. O primeiro autor deverá proceder à extração de dados sob dupla verificação com o segundo autor, de modo a manter a precisão dos mesmos, tendo em consideração as observações de ambos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Acedido em 25/03/2016, em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

**APÊNDICE II -
E-mail enviado para Katharine Kolcaba**

Master's student in Critical Care Nursing - The Comfort of Patients with acute coronary syndrome

Rita Antunes

sex 30/12/2016 21:18

Itens Enviados

Para:kathykolcaba@yahoo.com <kathykolcaba@yahoo.com>;

Cctleal@esel.pt <tleal@esel.pt>; anaritaantunes@campus.esel.pt <anaritaantunes@campus.esel.pt>;

Good evening, Dr Kolcaba,

My name is Rita Antunes and I am a Master's student in Critical Care Nursing, at Lisbon School of Nursing, Portugal .During my master internship I would like to evaluate the comfort of patients with acute coronary syndrome in an intensive care unit through a scale to be used by nurses, in order to confront the accuracy of comfort evaluation by nurses, with the level of comfort expressed by the patient.

I visited your site and have been in contact with the comfort scales that you present but I do not feel sure if there is any that I can use. Do you suggest me the use of any of these scales?

Thank you so much for your help.

Wish you a happy 2017.

Rita Antunes

ANEXOS

**ANEXO I -
General Comfort Questionnaire**

Code # _____

GENERAL COMFORT QUESTIONNAIRE

Thank you VERY MUCH for helping me in my study of the concept COMFORT. Below are statements that may describe your comfort right now. Four numbers are provided for each question; please circle the number you think most closely matches your feeling. Relate these questions to your comfort at the moment you are answering the questions.

Below is an example:

I am glad I can fill out this questionnaire about my comfort.....	Strongly Agree			Strongly Disagree
	4	3	2	1
1. My body is relaxed right now	4	3	2	1
2. I feel useful because I'm working hard	4	3	2	1
3. I have enough privacy	4	3	2	1
4. There are those I can depend on when I need help	4	3	2	1
5. I don't want to exercise	4	3	2	1
6. My condition gets me down	4	3	2	1
7. I feel confident	4	3	2	1
8. I feel dependent on others	4	3	2	1
9. I feel my life is worthwhile right now	4	3	2	1
10. I am inspired by knowing that I am loved	4	3	2	1
11. These surroundings are pleasant	4	3	2	1
12. The sounds keep me from resting	4	3	2	1
13. No one understands me	4	3	2	1
14. My pain is difficult to endure	4	3	2	1
15. I am inspired to do my best	4	3	2	1
16. I am unhappy when I am alone	4	3	2	1
17. My faith helps me to not be afraid	4	3	2	1
18. I do not like it here	4	3	2	1

19. I am constipated right now	4	3	2	1
20. I do not feel healthy right now	4	3	2	1
21. This room makes me feel scared	4	3	2	1
22. I am afraid of what is next	4	3	2	1
23. I have a favorite person(s) who makes me feel cared for	4	3	2	1
24. I have experienced changes which make me feel uneasy	4	3	2	1
25. I am hungry	4	3	2	1
26. I would like to see my doctor more often	4	3	2	1
27. The temperature in this room is fine	4	3	2	1
28. I am very tired	4	3	2	1
29. I can rise above my pain	4	3	2	1
30. The mood around here uplifts me	4	3	2	1
31. I am content	4	3	2	1
32. This chair (bed) makes me hurt	4	3	2	1
33. This view inspires me	4	3	2	1
34. My personal belongings are not here	4	3	2	1
35. I feel out of place here	4	3	2	1
36. I feel good enough to walk	4	3	2	1
37. My friends remember me with their cards and phone calls	4	3	2	1
38. My beliefs give me peace of mind	4	3	2	1
39. I need to be better informed about my health	4	3	2	1
40. I feel out of control	4	3	2	1
41. I feel crummy because I am not dressed	4	3	2	1
42. This room smells terrible	4	3	2	1
43. I am alone but not lonely	4	3	2	1
44. I feel peaceful	4	3	2	1
45. I am depressed	4	3	2	1
46. I have found meaning in my life	4	3	2	1
47. It is easy to get around here	4	3	2	1
48. I need to feel good again	4	3	2	1

Retirado de: <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html> acedido a 27-03-2016

ANEXO II -
Certificado de frequência do curso “O Conforto nos Cuidados de Saúde”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

CERTIFICADO

O Coordenador da Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, certifica que, **ANA RITA DOS SANTOS ANTUNES**, frequentou o Curso de Curta Duração "O Conforto nos Cuidados de Saúde", que decorreu no Campus Palma de Cima, nos dias 15, 16 e 22 de junho de 2016, com a duração de 12 horas.

Lisboa, 22 de junho de 2016

O Coordenador

Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Universidade Católica Portuguesa
Inst. Sérgio Deodato da Saúde
Phd. RN

Professor Auxiliar

ANEXO III
Certificado de presença na
“VII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva”



CERTIFICADO

Certificamos que Ana Rita dos Santos Antunes
esteve presente nas “**VII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva**”, realizadas pela
Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, de 23 e 24 de Setembro de 2016, em
Évora.

Évora, 24 de Setembro de 2016.

Dr. Antero Fernandes
Presidente da SPCI

Enf. Maria Manuel Varela
Presidente das Jornadas

**ANEXO IV -
Diploma de participação na “1ª Reunião de Actualização Cardiovascular”**

Diploma de Participação

Ana Rita Santos Antunes

Participou na "1ª Reunião De Actualização Cardiovascular" realizada no Hospital de Santa Cruz em Carnaxide, organizado pela Comissão de Internos de Cardiologia do HSC, no dia 20 de Dezembro de 2016.

R. Prender
Director do Serviço de Cardiologia do CHLO

[Signature]
Coordenador da Comissão Internos Cardiologia HSC



